

Foglalkozás-egészségügyi szolgálat megnevezése: _____

Elsőfokú munkaköri orvosi alkalmassági vélemény

A vizsgálat eredménye alapján _____ munkavállaló

Születési év: _____ hó: _____ nap: _____,

_____ munkakörben

ALKALMAS

IDEIGLENESEN NEM ALKALMAS

NEM ALKALMAS*

Nevezett munkaköri alkalmasságát érintő korlátozás: _____

Ideiglenesen nem alkalmas minősítés esetén a legközelebbi vizsgálat _____ hét múlva.

Kelt: _____

P. H.

véleményező orvos

*A megfelelő szöveget alá kell húzni.